

Der Rechtsstaat
darf nicht kapitulieren

Das Grauen der Spätabtreibung

Manfred Spieker

„Grauensvoll“ nannte die Justizministerin der ersten rot-grünen Bundesregierung, Däubler-Gmelin, Spätabtreibungen im März 1999. Man müsse sie „unterbinden, schlichtweg unterbinden, wenn die Gesundheit der Mutter nicht gefährdet ist“. An Initiativen, Spätabtreibungen zu unterbinden oder wenigstens einzuschränken, hat es nicht gefehlt in den zehn Jahren seit der Reform des Paragraphen 218 im Jahr 1995. Aber geändert hat sich nichts. Im Gegenteil, die Spätabtreibungen scheinen seit Jahren zuzunehmen.

Die Rechtslage

Die Reform von 1995 – die vierte in der unendlichen Geschichte der Reformen des Abtreibungsstrafrechtes nach 1974, 1976 und 1992 – hatte die medizinische Indikation auf jene Fälle ausgeweitet, die zuvor unter die nun gestrichene eugenische beziehungsweise embryopathische Indikation gefallen waren. Aber während die eugenische Indikation Abtreibungen nur bis zur 22. Woche ermöglichte, sind sie seit 1995 bis zur Geburt möglich. Für die medizinische Indikation sollte es keine zeitliche Begrenzung mehr geben, da mit einer Gefährdung des Lebens der Mutter während der gesamten Dauer der Schwangerschaft gerechnet werden muss. Freilich ging es in der neuen, ausgeweiteten medizinischen Indikation nicht mehr nur um eine Gefahr für das Leben der Schwangeren, sondern auch um „die Gefahr einer schwer wiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder

seelischen Gesundheitszustandes“ und um die Berücksichtigung ihrer „gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse“. Auch dann soll eine Abtreibung nach Paragraph 218a, Absatz 2, „nicht rechtswidrig“ sein. Diese weichen Formulierungen ermöglichen es, jeden Abtreibungswunsch nach der zwölften Woche unter die medizinische Indikation zu subsumieren.

Warum hat es in diesen zehn Jahren so viele Initiativen zur Begrenzung der Spätabtreibungen gegeben – im Bundestag von Seiten der CDU/CSU-Fraktion, aber auch, als Antwort darauf, von den Regierungsparteien, von verschiedenen Lebensrechtsorganisationen, vom Zentralkomitee der deutschen Katholiken, von der Bundesärztekammer, dem Marburger Bund, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bundesvereinigung Lebenshilfe, einem Interessenverband behinderter Menschen? Weil Spätabtreibungen in der Tat ein grauenvoller Vorgang sind, weil nicht selten Kinder getötet werden, die extrauterin bereits lebensfähig sind, ja sogar die Abtreibung überleben und damit Eltern und Mediziner, Staatsanwälte und Richter und nicht zuletzt die Politiker in unlösbare Konflikte stürzen. „Selbst hartgesottene Geister packt das Entsetzen“, betitelte Stephan Rehder einen Artikel über Spätabtreibungen in der *Tagespost* am 8. Mai 1999.

Der bekannteste der grauenvollen Fälle ereignete sich am 6. Juli 1997 in der Städtischen Klinik Oldenburg. Er be-

schäftigte die Justiz, die Medien und die Politik bis ins Jahr 2004.

Fälle in Oldenburg und Zittau

Ein Junge sollte in der 26. Woche wegen eines Down-Syndroms (und darauf beruhender seelischer Beeinträchtigung der Mutter) abgetrieben werden. Er überlebte die Abtreibung, wurde in Tücher gewickelt und mit Schnappatmung und einer Herzfrequenz von 40/min liegen gelassen, um seinen Tod doch noch herbeizuführen. Nachdem sich sein Zustand rund neun Stunden nach der Geburt bis zu einer Herzfrequenz von 120/min verbessert hatte, wurde er zur neonatologischen Versorgung in die Kinderklinik verlegt. Seine bleibenden Behinderungen hatten sich durch die lange Verweigerung einer sachgemäßen Versorgung verschlimmert. Die juristische Behandlung des Falles zog sich rund sieben Jahre hin. Zweimal stellte die Staatsanwaltschaft Oldenburg die Ermittlungen ohne Anklage ein.

Aufgrund einer vernichtenden Kritik des Verhaltens und der Argumente der Staatsanwaltschaft und der Bewertung des ärztlichen Abwartens als Körperverletzung in der juristischen Literatur (Tröndle, Foth, Beckmann) wurde ein drittes Ermittlungsverfahren aufgenommen, das am 29. März 2004 mit einem Strafbefehl des Amtsgerichtes Oldenburg wegen lebensgefährlicher Körperverletzung in Höhe von 13 500 Euro endete. An einer Hauptverhandlung hatte das Gericht offenkundig kein Interesse. Die niedersächsische Justizministerin verteidigte dies mit dem Hinweis, es sei auch zu berücksichtigen gewesen, „welche Auswirkungen eine öffentliche Hauptverhandlung und das damit verbundene (Medien-)Interesse für sämtliche Betroffenen ... bedeutet hätte“. Seit wann kann starkes öffentliches Interesse ein Grund dafür sein, auf eine öffentliche Hauptverhandlung zu verzichten? Eine solche

Hauptverhandlung hätte sicher dazu geführt, der Öffentlichkeit die Barbarei der Spätabtreibungen zu Bewusstsein zu bringen.

Aufsehen erregte auch ein Fall in Zittau, in dem der Chefarzt der Frauenklinik ein am 23. April 1999 in der 29. Woche abgetriebenes Kind, das die Abtreibung ebenfalls überlebt hatte, erstickte, indem er ihm Mund und Nase zuhielt. Das Landgericht Görlitz verurteilte den Arzt 2002 zu zwei Jahren Haft auf Bewährung.

Dass es auch schon vor 1992 im Rahmen der eugenischen Indikation Abtreibungen gab, bei denen das Kind überlebte, zeigen Berichte von Hermann Hepp in der Zeitschrift *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* (1983) und Hans-Dieter Hiersche in der Zeitschrift *Medizinrecht* (1990). Die Kinder wurden „liegen gelassen“, um ihren Tod abzuwarten, da eine Lebensrettung „im Gegensatz zur primären elterlichen und ärztlichen Intention gestanden“ hätte.

Keine Statistik

Über Kinder, die eine Abtreibung überleben, gibt es keine Statistik. Das Misslingen der nicht nur straffreien, sondern legalen Tötung behinderter Kinder im Mutterleib bis zur Geburt auch noch statistisch zu erfassen, davon wollen die Verteidiger der uferlosen medizinischen Indikation nichts wissen. Sie ziehen es vor, diese dunkelste Seite des Rechtsstaates zu ignorieren. Die Fälle in Oldenburg und Zittau sind jedoch keine Einzelfälle. Die Abtreibungsstatistik des Statistischen Bundesamtes hilft dabei nicht weiter. Sie meldete in den vergangenen Jahren jährlich 2000 bis 2200 Spätabtreibungen, also Abtreibungen jenseits der zwölften Woche. Begrenzt man die Spätabtreibungen (der Sprachgebrauch ist nicht einheitlich) auf Abtreibungen im letzten Drittel der Schwangerschaft, in dem das ungeborene Kind als Frühgeburt lebensfähig wäre, so verzeichnet im Jahre 2003 die Statistik des

Statistischen Bundesamtes 217 Abtreibungen (2002: 188; 2001: 177; 2000: 154; 1999: 164; 1998: 175). Dass diese Zahlen nicht korrekt sind, hat das Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2000 selbst jedes Jahr wieder in den Vorbemerkungen zu seiner Statistik begründet. Zum einen würden manche Ärzte, die Abtreibungen vornähmen, die vorgeschriebene Meldung verweigern. Zum anderen würden Abtreibungen, die unter falschen Ziffern der Ärztlichen Gebührenordnung abgerechnet oder im Ausland vorgenommen würden, von der Statistik nicht erfasst.

Seit 2001 fehlt dieser Hinweis, obwohl sich weder die Rechtsgrundlagen der Abtreibungsstatistik noch die Meldeverfahren geändert haben. Vermutlich hat es die rot-grüne Bundesregierung für inopportun gehalten, vor der eigenen Statistik zu warnen und so an die Nachbesserungspflicht zu erinnern, die ihr das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil 1993 auferlegt hat für den Fall, dass die Beratungsregelung es nicht ermöglicht, das ungeborene Leben besser zu schützen als das strafbewehrte Abtreibungsverbot. Am Paragrafen 218 des Strafgesetzbuches soll nicht gerührt werden.

Die Zahl der Spätabtreibungen im letzten Drittel einer Schwangerschaft beträgt ein Vielfaches von der vom Statistischen Bundesamt gemeldeten Zahl, die, so der Direktor der Universitätsfrauenklinik Köln, Peter Mallmann, „völlig unrealistisch“ sei. „Die Zahlen sind dramatisch höher in allen Zentren (der medizinischen Maximalversorgung), weil all diese Vorgänge ohne Dokumentation und vor allen Dingen ohne Publikation erfolgen.“ Ohne Dokumentation und ohne Publikation bleibt vor allem der Fetozid, der, so Mallmann, zum Alltag dieser Zentren gehört. Von rund 800 Abtreibungen jenseits der 22. Woche spricht der Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank Ulrich Montgomery, in dem ARD-Film „Mörderische Diagnose“ (18. März

1999) von Silvia Matthies. Von den davon betroffenen Kindern überlebe rund ein Drittel. Amerikanische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass bei Abtreibungen jenseits der 25. Woche eine Überlebenswahrscheinlichkeit von rund achtzig Prozent besteht. Auch der Fortbildungsleiter der Niedersächsischen Ärztekammer, Christian Albring, meint, Lebendgeburten bei Spätabtreibungen kämen „in vielen Fällen“ vor. Er drängt deshalb darauf, „Schwangerschaftsabbrüche so früh wie möglich stattfinden zu lassen, damit wir nicht in die Konflikte kommen, ein lebend geborenes Kind abtöten zu müssen oder das Kind vor der Geburt töten zu müssen“ (Interview in: *Lebensforum* 3/98, Seite 4).

Albrings Wunsch wird kaum in Erfüllung gehen. Die technische Entwicklung der Pränataldiagnostik steht dem entgegen. Sie ermöglicht gerade im letzten Drittel einer Schwangerschaft immer feinere Diagnosen von möglichen Behinderungen. Sie induziert so einen Anstieg der Spätabtreibungen. Die Pränataldiagnostik, in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre eingeführt zur Kontrolle besonderer Risikoschwangerschaften, hat sich zu einer allgemeinen Vorsorgemaßnahme ärztlicher Schwangerschaftsbegleitung, zu einer Art Embryonen-TÜV, entwickelt. Hand in Hand mit der Verbreitung der Vorstellung, es gäbe ein Recht auf ein gesundes Kind, ja eine Pflicht gegenüber der Wellness-Gesellschaft, die Geburt behinderter Kinder zu vermeiden, ist sie zum Hauptgrund der Spätabtreibungen geworden.

Methoden

Dass selbst hartgesottene Geister bei Spätabtreibungen das Entsetzen packt, liegt an den Methoden, die bei einer Abtreibung in einem so späten Stadium der Schwangerschaft angewendet werden. Die üblichen Abtreibungsmethoden, bei denen der Embryo (in „Aufklärungs“-

Broschüren von Pro Familia so genannte „Schwangerschaftsgewebe“) abgesaugt oder mit einem Löffel ausgekratzt wird, taugen hier nicht mehr. Die Vakuumaspiration wurde 2003 in 81 Prozent, die Cu-rettage in zehn Prozent aller Abtreibungen angewandt. Bei Spätabtreibungen werden in Deutschland Prostaglandine verabreicht, Wehen auslösende Hormone, die den Embryo aus der Gebärmutter vertreiben, also eine „Frühgeburt“ bewirken, in deren Verlauf der Embryo auf Grund der Enge des Geburtskanals und der noch nicht genügend entwickelten Widerstandskraft des kindlichen Schädels in der Regel stirbt. Die Abtreibung dauert oft mehrere Tage (manchmal mehr als eine Woche), und die Mütter, die meist keine Narkose erhalten, weil sie an der tödlichen „Frühgeburt“ aktiv mitwirken müssen, können den Todeskampf ihres Kindes qualvoll spüren. Will der Arzt das „Risiko“ einer Lebendgeburt vermeiden, greift er zum Fetozid. Dabei wird der Embryo im Mutterleib mittels einer Kalium-Chlorid-Spritze, die unter Ultraschall-Beobachtung in das Herz des Kindes oder in die Nabelschnurvene eingebracht wird, getötet. Auch andere Substanzen mit tödlicher Wirkung, wie Rivanol, können gespritzt werden, um zu gewährleisten, dass am Ende der Abtreibung nicht ein lebendes Kind steht.

Nach Reinhard Merckels Kommentar zu Paragraphen 218a ist der Fetozid nicht nur zulässig, sondern rechtlich und ethisch sogar geboten. Da die prospektive Geburt des Kindes eine Gefahr für die Mutter darstelle, die durch die Abtreibung beseitigt werden solle, sei ein „Abbruch durch bloße Geburtseinleitung, ohne Fetozid und mit dem hohen Risiko eines kindlichen Überlebens“ grundsätzlich un-erlaubt und „hochgradig unmoralisch“.

Partial Birth Abortion

Die umstrittenste Methode einer Spätabtreibung ist die *Partial Birth Abortion*, die

Teilgeburtsabtreibung, bei der das Kind mit einer Zange aus dem geweiteten Gebärmutterhalskanal gezogen wird, bis der Nacken sichtbar wird. Mittels eines chirurgischen Instrumentes wird dann ein Loch in den Hinterkopf gestoßen, um durch einen Katheter das Hirn abzusaugen. Ist das Kind auf diese Weise während des Geburtsvorganges, bei dem es bereits mit Armen und Beinen strampeln kann, wenn es nicht zuvor narkotisiert wurde, gezielt umgebracht worden, wird die Abtreibung vollendet. Die Methode wurde Anfang der neunziger Jahre von zwei amerikanischen Ärzten, James McMahon und Martin Haskell, unabhängig voneinander entwickelt. Haskell empfahl sie 1992 in seinem Lehrbuch *Dilation and Extraction*, zu deutsch Ausweiten (den Gebärmutterhalskanal) und Herausziehen (den Fötus). Ihre Verteidiger nennen die Methode deshalb nur „D and X“ oder „D and E“. Das klingt sachlicher und verhüllender als Teilgeburtsabtreibung.

Sie geben zu, dass Spätabtreibungen unabhängig von der Methode keine ästhetische Angelegenheit seien, sehen in der *Partial Birth Abortion* aber eine Reihe von Vorteilen: Erstens bleibe dem abtreibenden Arzt die Zerstückelung des Babys erspart, die angesichts der Zähigkeit des fötalen Gewebes jenseits der 20. Woche oft schwierig sei. Zweitens verlagere diese Methode die emotionale Last einer Abtreibung, unter der die Mütter oft schwer zu leiden hätten, auf den Arzt, und drittens sei diese Methode auch ökonomischer, weil die Mutter die Klinik noch am gleichen Tag wieder verlassen könne. Sie wird in den USA jährlich in rund 16 450 Fällen angewandt. Rund 86 Prozent aller Abtreibungen jenseits der zwanzigsten Schwangerschaftswoche sind 1992 mit dieser Methode durchgeführt worden, die übrigen vierzehn Prozent durch Wehen auslösende Mittel. (David A. Grimes, *The Continuing Need*

for Late Abortion in der Zeitschrift der American Medical Association am 26. August 1998).

Widerstand gegen offensichtliche Tötung

Die *Partial Birth Abortion* brachte ans Tageslicht, was bei allen anderen Abtreibungsmethoden im Verborgenen geschieht: dass Abtreibung die gezielte Tötung eines Kindes, mithin Mord ist. Keine sprachliche Verhüllung des Mordes als „D and X“, „D and E“, „Neonazid“ oder „Filizid“ vermochte zu verhindern, dass die Brutalität der *Partial Birth Abortion* für jeden, der sehen konnte, zu sehen war. Der Widerstand gegen diese Abtreibungsmethode breitete sich in den USA sehr schnell aus. Bis Ende 1998 hatten 28 Bundesstaaten die *Partial Birth Abortion* gesetzlich verboten. Alle Verbote scheiterten jedoch an den Gerichten. Auch der Supreme Court verwarf wiederholt *Partial Birth Abortion Ban Acts* von Einzelstaaten mit fünf zu vier Stimmen mit der Begründung, derartige Verbote widersprechen seiner Roe-versus-Wade-Entscheidung von 1973, mit der Abtreibung unter das Recht auf Privatheit subsumiert wurde, und seiner Planned-Parenthood-versus-Casey-Entscheidung von 1992, mit der sie zu einem eigenen Grundrecht im Rahmen des 14. Amendments deklariert wurde.

Auch der Kongress bemühte sich um ein Verbot der *Partial Birth Abortion*, das erste Mal schon 1995, das zweite Mal 1997. Er scheiterte aber jedes Mal am Veto von Präsident Clinton, der behauptete, ein solches Verbot gefährde die Gesundheit der Frau. Die zur Überwindung des präsidentialen Vetos notwendige Zweidrittelmehrheit wurde zwar im Repräsentantenhaus jedes Mal erreicht, im Senat aber 1996 um zehn und 1998 um drei Stimmen verfehlt. Nachdem der Ende 2000 neu gewählte Kongress im Juni 2003 ein drittes Mal einen *Partial Birth Abortion Ban Act*

verabschiedet hatte, unterzeichnete Präsident Bush das Gesetz am 5. November 2003. Ob es endgültig in Kraft treten kann, steht dahin, da bereits in mehreren Bundesstaaten Klagen eingereicht wurden. So wird es eines Tages wohl auch wieder den Supreme Court beschäftigen. Erwartet wird die Ernennung neuer Richter durch Präsident Bush, die bereit sind, das ungeborene Leben zu schützen und die Roe-versus-Wade-Entscheidung aufzuheben. Unter einem Präsidenten Kerry, dessen Wahlkampf von den führenden Spezialisten für Spätabtreibungen, Martin Haskell, George Tiller und Warren Hern, finanziell unterstützt worden war, hätte das Pro-Life-Lager derartige Hoffnungen aufgeben müssen. Aber selbst Haskell bestritt in den Auseinandersetzungen um das Verbot der *Partial Birth Abortion*, dass diese Methode nötig sei, um die Gesundheit der Frau zu schützen.

Breiter gesellschaftlicher Rückhalt in den USA

Der Widerstand gegen die *Partial Birth Abortion*, der die USA seit 1995 bewegt, hat einen breiten gesellschaftlichen Rückhalt, der maßgeblich von Christen aller Konfessionen geprägt wird. Am 4. Juli 1997 veröffentlichten Repräsentanten aller christlichen Kirchen („Christian leaders“ mit und ohne Amt), darunter Michael Novak, Mary Ann Glendon, George Weigel, Robert P. George, Russel Hittinger, Richard John Neuhaus sowie die Kardinäle O'Connor, Bevilacqua und Maida, eine Erklärung mit dem an die amerikanische Unabhängigkeitserklärung von 1776 und die Grundwerte der Verfassung anknüpfenden Titel „We Hold These Truths“, in der sie dem Supreme Court vorwarfen, mit seinem Roe-versus-Wade-Urteil einen Verfassungsbruch begangen zu haben, der einem großen Teil der amerikanischen Gesellschaft – den Ungeborenen – den rechtsstaatlichen Schutz entzieht. Sie riefen alle Amerikaner dazu auf,

sich unermüdlich mit friedlichen und verfassungsrechtlichen Mitteln für die Aufhebung dieser Entscheidung einzusetzen.

Auch die amerikanischen Bischöfe haben sich nie geschaut, in den Auseinandersetzungen um den Lebensschutz klar Position zu beziehen. In ihrem Hirtenbrief „The Challenge of Life“ vom 24. November 1998 knüpften sie ebenfalls an die Unabhängigkeitserklärung von 1776 an. Sie beklagten die Diskrepanz zwischen den Grundwerten der amerikanischen Verfassung, „die in der unabänderlichen Wahrheit über die menschliche Person verankert sind“, und dem „schwindenden Respekt vor dem unveräußerlichen Recht auf Leben“, eine Diskrepanz, die nur vergleichbar sei mit jener zwischen diesen Grundwerten und der Sklaverei im neunzehnten Jahrhundert. Sie forderten alle gesellschaftlichen Gruppen auf, bei Wahlen Kandidaten des Pro-Life-Lagers den Vorzug zu geben; die Politiker, vor allem die katholischen, ermahnten sie, Gesetze, die Abtreibung, Euthanasie und Beihilfe zum Selbstmord erlauben, abzulehnen oder, wo sie schon vorhanden sind, zu ändern. Sie riefen den Politikern das Zeugnis des heiligen Thomas Morus in Erinnerung, der als Kanzler Englands 1535 enthauptet wurde, weil er auf Grund seines katholischen Glaubens nicht bereit war, die neue Ehe seines Königs Heinrich VIII. gutzuheißen – nicht ohne hinzuzufügen: „Ende der neunziger Jahre können Abgeordnete in den Vereinigten Staaten sicher sein, ihren Kopf zu behalten.“

Aber auch sich selbst sparten sie aus ihren Ermahnungen nicht aus. Es sei die Pflicht jedes Bischofs, Politiker des Pro-Choice-Lagers zur Rede zu stellen und zur Umkehr aufzufordern und sich der Mahnung des heiligen Bonifatius, des Apostels und ersten Bischofs in Deutschland, bewusst zu sein: „Lasst uns weder Hunde sein, die nicht bellen, noch schweigende Zuschauer oder bezahlte

Dienstboten, die vor dem Wolf fliehen. Lasst uns stattdessen sorgsame Hirten sein, wachend über Christi Herde. Lasst uns Mächtigen und Demütigen, Reichen und Armen, Menschen jeden Ranges und Alters, Gottes ganzen Plan predigen, soweit uns Gott die Kraft verleiht, gelegen oder ungelegen.“

Amerikanische Abtreibungszahlen sinken

Im Wahlkampf 2004 ist diese Mahnung von vielen Bischöfen aufgegriffen worden. Es gab heftige Debatten über die Erklärung einzelner Bischöfe (zum Beispiel Burke/St. Louis; Chaput/Denver; Donoghue/Atlanta; Baker/Charlotte; Jugis/Charleston; Myers/Newark; Sheridan/Colorado Springs), sie würden sich verpflichtet fühlen, dem Katholiken Kerry auf Grund seiner Position in der Abtreibungsfrage die Kommunion zu verweigern. Nicht zuletzt der Anti-Abtreibungskoalition der Christen hatte Präsident Bush seine Wiederwahl zu verdanken. Diese Koalition hat in den vergangenen fünfzehn Jahren aber auch die öffentliche Meinung und die Abtreibungspraxis beeinflusst. Nicht nur hat das Pro-Life-Lager in dieser Zeit beträchtlich zugenommen, auch die Zahl der Abtreibungen ist seit 1990 deutlich gesunken – bundesweit um mindestens fünfzehn Prozent, in manchen Staaten wie Pennsylvania um über vierzig Prozent.

Der Widerstand gegen die Spätabtreibungen aber wird weitergehen, auch wenn der *Partial Birth Abortion Ban Act* in Kraft tritt. Mit ihm werden ja nicht die Spätabtreibungen generell verboten. In diesen Widerstand reihte sich auch die Initiative von Senator Sam Brownback ein; sie will den Kongress zu einem *Unborn Child Pain Awareness Act* veranlassen, mit dem Abtreibungsärzte verpflichtet werden sollen, abtreibungswillige Mütter jenseits der zwanzigsten Schwangerschaftswoche über die Schmerzen aufzu-

klären, die ihr Kind bei der Abtreibung zu erleiden hat, und das Kind zu narkotisieren, wenn die Mutter an ihrem Abtreibungswunsch festhält. „Wir würden es nie erlauben, einen Hund so zu behandeln“, so Brownback, wie Kinder bei einer Spät-abtreibung behandelt werden.

Korrekturversuche im Deutschen Bundestag

Mit dem Inkrafttreten der Reform des Paragraphen 218 am 1. Oktober 1996 war das Tor zu Spätabtreibungen weit geöffnet. Schon neun Monate danach setzten die Bemühungen um eine Korrektur ihrer fatalsten Konsequenzen ein. Die fatalste Konsequenz war die Aufhebung der 22-Wochen-Grenze für Abtreibungen nach einer Pränataldiagnostik, bei der eine Behinderung des Kindes festgestellt worden war und die Mutter erklärte, damit nicht leben zu können oder zu wollen. Zu den weiteren fatalen Konsequenzen der Reform zählte der Wegfall sowohl der Beratungspflicht als auch der besonderen statistischen Erfassung von Abtreibungen, bei denen eine fetale Erkrankung oder Entwicklungsstörung für die Feststellung der medizinischen Indikation von Bedeutung ist. Eine überprüfbare Beobachtung der Auswirkungen der Reform war somit nicht möglich. Damit entfiel auch die Voraussetzung für die Wahrnehmung der Korrektur- und Nachbesserungspflicht, die das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber 1993 auferlegt hatte.

Kleine Anfrage von 1996

Mit der aus 31 Fragen bestehenden kleinen Anfrage vom 27. Juni 1996 wiesen die Abgeordneten Hüppe, Brudlewsky und Geis sowie weitere 75 Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion die Bundesregierung auf die Problematik der Spätabtreibungen, auf deren Methoden und statistische Erfassung, auf die Behandlung überlebender Kinder und die Verwischung der Grenzen zur Frühheuthanasie hin. In

ihrer Antwort vom 29. Juli 1996 (Bundestagsdrucksache 13/5364) gab die Regierung Kohl zwar zu verstehen, dass die medizinische Indikation zu einer Spät-abtreibung „äußerst streng gestellt und auf Fälle beschränkt werden soll, in denen das Leben der Mutter in Gefahr ist“, und dass Kindern, die eine Abtreibung überleben, lebenserhaltende Maßnahmen nicht vorenthalten werden dürfen, aber sie sah keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf; sie behauptete sogar, dass „mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation keine Änderung der Voraussetzungen der medizinischen Indikation im Vergleich zu der vor dem Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes geltenden Fassung erfolgt“ sei. Etwas naiv hielt sie an der Fiktion fest, dass das Ziel des Schwangerschaftsabbruchs die „Beendigung der Schwangerschaft“, nicht jedoch „die Tötung des Kindes“ sei.

Erneute Anfrage 1999

Auch im 14. Bundestag versuchten Abgeordnete der CDU/CSU-Fraktion, bescheidene Korrekturen anzumahnen. Am 9. April 1999 stellten Hüppe, Brudlewsky und Geis zusammen mit weiteren 85 Mitgliedern der Fraktion erneut eine kleine Anfrage, die diesmal 43 Fragen umfasste (Bundestagsdrucksache 14/749), und am 3. Juli 2001 stellten Böhrner, Bosbach, Eichhorn und weitere 25 Abgeordnete einen Antrag „Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder“. Dieser erwartete von der Regierung Schröder einen Gesetzentwurf, der die Krankenkassen verpflichten sollte, die Kosten einer Pränataldiagnostik nur zu erstatten, wenn die Schwangere zuvor eine psychosoziale Beratung wahrgenommen hatte, der eine Bedenkzeit von drei Tagen zwischen einer Pränataldiagnostik und einer daraus möglicherweise folgenden Abtreibung eingeführt und bei Feststellung einer me-

dizinischen Indikation nach einer Pränataldiagnostik ein interdisziplinäres Gutachtergremium einschalten sollte.

Am Paragrafen 218 des Strafgesetzbuches selbst sollte nichts geändert werden. Weder eine Frist für Abtreibungen nach Pränataldiagnostik wurde ins Auge gefasst noch eine Beschränkung der medizinischen Indikation auf die unmittelbare Gefährdung des Lebens der Mutter. Der mühsam errungene „Kompromiss“ des Abtreibungsreglements von 1995 sollte nicht angetastet werden. Dies zu betonen gehörte im 14. wie auch im 15. Bundestag zur *Political Correctness*, der sich alle Parteien verpflichtet fühlen. In ihrer Antwort auf die kleine Anfrage (Bundestagsdrucksache 14/1045) gab auch die Regierung Schröder zu verstehen, dass sie keinen Handlungsbedarf sieht, und die bescheidenen Korrekturversuche des Antrages der CDU/CSU-Fraktion prallten an der rot-grünen Mehrheit ab, die das Problem der Spätabtreibungen zwar nicht gänzlich leugnen wollte, ihm aber mit einer Ergänzung des Mutterpasses glaubte begegnen zu können. Die Bundesregierung sollte „sich beim Arbeitsausschuss Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dafür einsetzen, dass der Rechtsanspruch auf Beratung Bestandteil der Informationen des Mutterpasses wird“. Dieser Alibibeschluss, der beim zuständigen Ausschuss von Ärzten und Krankenkassen auf Ablehnung stieß, rückte die Korrekturversuche im 14. Bundestag vollends in die Nähe einer Farce.

Plädoyer für psychosoziale Beratung

Im 15. Bundestag brachte die CDU/CSU-Fraktion nach dem Scheitern interfraktioneller Gespräche über einen gemeinsamen Antrag erneut einen eigenen Antrag ein, der nicht nur im Titel, sondern auch in den Forderungen dem der vorhergehenden Legislaturperiode glich (Bundestagsdrucksache 15/3948). Sie

plädierte wieder für eine psychosoziale Beratung vor einer Pränataldiagnostik, ein interdisziplinäres Gutachtergremium zur Feststellung einer medizinischen Indikation nach Pränataldiagnostik, die Einhaltung einer Bedenkzeit von drei Tagen nach einer Indikationsstellung, eine eigene statistische Erfassung dieser Abtreibungen und die Begrenzung der Arzthaftung bei der Pränataldiagnostik auf Fälle grober Fahrlässigkeit. Dem Antrag war jedoch das gleiche Schicksal beschieden wie jenem vom 3. Juli 2001. Er fand keine Unterstützung bei der rot-grünen Mehrheit, die ihren eigenen Antrag formulierte (Bundestagsdrucksache 15/4148), der sich erneut darauf beschränkte, den Ausbau der psychosozialen Beratung und mehr Vertrauen in die Frauen, deren Entscheidungsautonomie nicht angetastet werden dürfe, zu fordern.

Die Kapitulation des Rechtsstaates

Alle Versuche von Bundestag und Bundesregierung seit 1995, Spätabtreibungen einzudämmen, sind gescheitert. Warum? Weil sie nicht bereit waren, das Problem an seiner Wurzel anzugehen. Die Wurzel ist die uferlose medizinische Indikation des Paragrafen 218a, Absatz 2, des Strafgesetzbuches. Stattdessen erwarteten sie eine Lösung des Problems vom ärztlichen Standesrecht oder vom Ausbau der Beratung. Wer aber Spätabtreibungen effektiv unterbinden oder wenigstens einschränken will, muss die medizinische Indikation von der Pränataldiagnostik abkoppeln und auf eine vitale Indikation beschränken, die Abtreibung nur dann straffrei stellt, wenn sie der Abwehr einer unmittelbaren Gefahr für das Leben der Mutter dient. Darüber hinaus muss er die ärztliche Haftungspflicht auf Fälle grober Fahrlässigkeit beschränken. Solange Bundestag und Bundesregierung zu einer Reform des Paragrafen 218a nicht bereit sind, entbehren ihre Klagen

über das grauenvolle Geschehen der Glaubwürdigkeit.

Die Erwartung der Bundesjustizministerin, das grauenvolle Geschehen der Spätabtreibungen über das ärztliche Standesrecht zu unterbinden, ist mehr als erstaunlich. Sie ist befremdlich, verlangte sie doch von den Ärzten, etwas zu unterlassen, was das Gesetz ausdrücklich als rechtmäßig bezeichnet. Die Ministerin erwartete von ihnen, das Gesetz, das zu ändern ihr der Mut oder die Unterstützung der rot-grünen Koalition fehlte, zu missachten. Diese Zumutung wiesen die Ärzte denn auch sogleich zurück. Sie wollten sich den schwarzen Peter nicht zuspiesen lassen.

Die Hoffnung, Spätabtreibungen über den Ausbau der psychosozialen Beratung vor einer Pränataldiagnostik einschränken zu können, ist ebenso eine Flucht vor der eigentlichen Aufgabe, die medizinische Indikation so zu regeln, dass sie diesen Namen verdient. Hier soll der schwarze Peter an die Beratungsdienste weitergereicht werden, die der Politik aber ebenso wie die Ärzte entgegenhalten „Tua res agitur“. Ein effektiver Abschluss jeder embryopathischen oder eugenischen Indikation wäre der Schritt zur Unterbindung des grauenvollen Abtreibungsgeschehens. Um diesen Schritt zu vollziehen, muss sich der Gesetzgeber

von der Angst befreien, den Paragraphen 218 des Strafgesetzbuches erneut zur Diskussion zu stellen. Bisher wurden alle Korrekturversuche, auch jene der CDU/CSU-Fraktion, von dieser Angst begleitet.

Eine Diskussion über den Paragraphen 218 aber lässt sich aus einem immanenten Grund ohnehin nicht vermeiden. Er versucht, etwas gesetzlich zu regeln, was sich in einem Rechtsstaat gesetzlich nie regeln lässt: die Aufhebung des Verbotes, Unschuldige zu töten. Ein Gesetzgeber, der glaubt, er könne die Aufhebung dieses Verbotes kodifizieren, verstößt gegen seine eigenen Prämissen, nämlich private, tödliche Gewalt nicht zu akzeptieren und Unrecht nicht als Recht zu deklarieren. Jede Abtreibung aber ist private, tödliche Gewaltanwendung. Sie rechtlich regeln zu wollen bedeutet die Kapitulation des Rechtsstaates. Vor den Folgen dieser Kapitulation – mehr als acht Millionen getötete Kinder in dreißig Jahren – kann die Politik die Augen nicht verschließen. Sie hat sich der Korrekturpflicht zu stellen. Entwicklungen in Polen und in den USA in den vergangenen zehn Jahren zeigen, dass die Rekonstruktion des Rechtsstaates möglich ist, wenn Gesetzgeber und Regierungen den Mut aufbringen, sich dem grauenvollen Geschehen wirklich zu stellen und den Legitimitätsbedingungen eines Rechtsstaates neue Geltung zu verschaffen.

Die Märzangabe der Politischen Meinung 2005 erscheint

zum 75. Geburtstag von Helmut Kohl

mit Beiträgen von

Hans-Dietrich Genscher, Felipe González, Jean-Claude Juncker,
Angela Merkel, Theo Waigel und anderen.